

REORIENTACION DEL ROL ASISTENCIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTA

Julieta Suárez Pinto*
Josefina Perdomo Rivera**
Olga Rivera de Rocca***

INTRODUCCION

Tradicionalmente se han identificado cuatro roles como las áreas básicas de desempeño del profesional de enfermería: el asistencial, el docente, el administrativo y el de investigación; pero en realidad el único que define su perfil ocupacional, dentro del contexto social, y que afecta directamente el ejercicio profesional es el rol asistencial, porque a través de éste se realiza la atención de enfermería que se brinda a la persona, a la familia y demás grupos de una comunidad.

De la práctica del rol asistencial depende que la profesión de enfermería se mantenga como indispensable e insustituible y que contribuya a la satisfacción de las necesidades de bienestar y salud de la comunidad. Los roles de investigadora y docente hacen posible el desarrollo y progreso de la profesión; el administrativo constituye la infraestructura de apoyo para el ejercicio de los otros tres.

Conscientes de la importancia del rol asistencial, los profesionales de enfermería, especialmente a través de los programas académicos de complementario, de licenciatura y de post-grado en las Universidades nacional, Antioquia y Valle, han realizado múltiples estudios sobre los

* Profesor Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional, Magister en Ciencias de Enfermería.

** Profesor Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional.

*** Enfermera Jefe, Sección de Enfermería, Hospital Militar Central, Enfermera de Salud Pública.

diversos aspectos que afectan la práctica del planeamiento de la atención de enfermería, definición de funciones para los diversos niveles de personal de enfermería, diseño de sistemas de control de calidad de la atención, aplicación de estándares de calidad de la atención, estudios sobre utilización del recursos humano de enfermería, etc.; pero todos ellos, por considerar tan sólo un aspecto de la totalidad del problema relacionado con el rol asistencial, sólo han alcanzado resultados parciales en su mejoramiento.

En la presente investigación se hace una aproximación al problema total, al estudiar los elementos que conforman y los procesos que intervienen en la práctica del rol asistencial, analizados en una realidad concreta, el Hospital Militar; así se demuestra cómo el rol asistencial, ejercido dentro de un organismo de salud, depende no sólo del profesional de enfermería que lo ejerce, sino también de la estructura, organización y funcionamiento del "sistema hospital" y de su respectivo "subsistema de enfermería".

Con este trabajo se presenta además, una modalidad de integración docente-asistencial que ha permitido reorganizar la sección de Enfermería del Hospital, como infraestructura de apoyo para el establecimiento y desarrollo de un rol asistencial eminentemente clínico; proceso que se ha realizado por la acción conjunta de las enfermeras del Hospital Militar, los estudiantes y profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Como consecuencia de lo anterior, se han ido adecuando la Sección de Enfermería y las unidades de trabajo hospitalario del Hospital Militar, a los objetivos de enseñanza-aprendizaje de la instrucción clínica de la asignatura "Administración de Servicios de Atención de Enfermería de la Universidad Nacional".

Esta modalidad de integración docente-asistencial se originó, a la vez, por la reorientación de los objetivos y del papel "tradicional" de la asesoría. En efecto, la jefa de la Sección de Enfermería del Hospital Militar Central, Olga Rivera de Rocca, al asumir su cargo solicitó a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional una asesoría para reorganizar la mencionada sección de Enfermería.

En resumen, el producto de esta asesoría es la modalidad experimentada de integración docente-asistencial y la presente investigación.

Para el desarrollo metodológico, las autoras utilizan como campo epistemológico de análisis, el enfoque eurístico; y como sustentación teórica para el desempeño del rol asistencial del Profesional de Enfermería, la Teoría de los Autocuidados de la Dra. Dorothea E. Orem. El enfoque eurístico ha exigido de las autoras, crear un diseño investigativo que emplea diferentes técnicas metodológicas, según la fase de la investigación: análisis del pasado, análisis del presente,

creación hipotética del futuro y transformación del presente con relación al futuro planeado.

Basada en el enfoque eurístico, la investigación se divide en cinco capítulos: En el primer capítulo se presentan la Justificación y los Objetivos de la Investigación.

En el segundo capítulo se hace un análisis histórico del problema relacionado con el rol asistencial del profesional de enfermería: génesis del rol asistencial, factores sociales, culturales, económicos, políticos, administrativos y académicos que fueron condicionando y determinando la problemática y evolución del rol asistencial del profesional de enfermería en Colombia. En la evolución se van identificando las consecuencias inmediatas y mediatas de esa problemática en la práctica profesional.

En esta fase de la investigación se utilizan las técnicas del método histórico: revisión de archivos y documentos que presentan estudios estadísticos y analíticos, desde diferentes dimensiones sobre la formación y desempeño del profesional de enfermería en el ejercicio del rol asistencial; entrevistas a personas de variadas generaciones que vivenciaron los hechos que caracterizan el desenvolvimiento histórico del rol asistencial.

En el tercer capítulo, siguiendo la secuencia del enfoque eurístico, una vez analizado el problema desde la perspectiva del pasado, se ubica dicho problema en el presente con los elementos explicativos que proporciona la evolución histórica. Este presente se estudia en una realidad concreta, el Hospital Militar Central, teniendo como marco de referencia el "cómo debiera ser", para lo cual se crea la "imagen objetivo del futuro". En este capítulo tercero, se crea esa imagen objetivo del futuro de la Sección de Enfermería del Hospital Militar Central, mediante la elaboración conceptual del modelo de un sistema administrativo de la Sección de Enfermería, orientado a conformar la infraestructura de apoyo para la reorientación y desarrollo del rol asistencial de los profesionales de enfermería.

Esta fase de la investigación se caracteriza por ser una reflexión teórica. Se establecen relaciones entre los conceptos esenciales de las diferentes teorías administrativas: proceso administrativo, modelos decisionales, administración por objetivos, por sistemas, por contingencias, la administración centrada en el factor humano, etc. De los conjuntos de elementos básicos de cada teoría que actúan interdependientemente, se definieron los componentes del procesador: medio ambiente externo e interno, objetivos, estructura, factor humano, tecnología, liderazgo; éstos actúan como condición necesaria para que el profesional de enfermería pueda aplicar los procesos de enfermería, investigación y educación. A su vez, estos tres procesos están orientados a la comprobación, adecuación y desarrollo en nuestro

medio de la teoría de enfermería de los "autocuidados" de la Dra. Dorothea E. Orem.

Para la elaboración del modelo se han tenido en cuenta los procesos implicados y su concatenación; se ha dividido en fases que constituyen los diversos procesos que se dan en los subconjuntos de elementos específicos que se relacionan funcionalmente; a la vez, en cada uno de ellos existe relaciones específicas. Las relaciones internas de cada subconjunto y de éstas entre sí encadenan todo el proceso.

Habiendo definido el "cómo debe ser", o sea el futuro, en el cuarto capítulo se analiza el presente, a través de un estudio exploratorio que conduce al establecimiento del diagnóstico administrativo del sistema "Servicio de Enfermería". El referente para este análisis lo constituye la confrontación del comportamiento de las variables en una realidad concreta denominada, "Hospital Militar Central de Bogotá", con el modelo conceptual.

Como resultado de esta fase de la investigación, se espera obtener la identificación de los factores determinantes y sus relaciones causales en los componentes administrativos que producen las fallas de la infraestructura; éstas impiden al profesional de enfermería el desempeño del rol asistencial centrado en funciones clínicas.

Partiendo del conocimiento de las características del problema en el presente, se empieza a crear el futuro, en el quinto capítulo, introduciendo cambios y medidas correctivas para que el modelo conceptual sea funcional y operacionalizado; así se va estableciendo la infraestructura de apoyo para alcanzar el producto final o la "salida" del sistema: *"atención de enfermería al paciente, familia y comunidad, dada por la enfermera"*, basada en la aplicación del proceso de enfermería. Para lograr este objetivo, se utilizan en esta fase de la investigación, procesos específicos del campo de la administración, a saber: toma de decisiones, solución de problemas y cambio planeado. Las estrategias que se han propuesto para producir el cambio han sido la investigación y la educación continuada.

La validez del estudio será dada por la fuerza de la transformación que se demuestre en la fase final, donde el nuevo sistema administrativo del Servicio de Enfermería y la Atención de Enfermería, dada por este profesional, se caracterizarán por la *acción transformadora* de esa realidad de la cual partió, descrita en el análisis del pasado y del presente.

Al concluir cada etapa de la investigación se darán a conocer sus resultados. La primera etapa la constituyen los capítulos 1, 2 y 3, en la cual trabajaron directamente las Profesoras Julieta Suárez Pinto y Josefina Perdomo Rivera, con la Jefe de la Sección de Enfermería del Hospital Militar, Olga Rivera de Rocca. Para la realización de la

segunda etapa participarán además las Profesoras Hilda Margoth Monguí y Luz Graciela Useche y las enfermeras del Hospital Militar, de acuerdo a su ubicación por área clínica de enfermería.

Esta investigación expresa una de las "líneas de investigación" definidas por la Sección de Administración: "Desarrollo de sistemas de administración de los Servicios de Atención de Enfermería".

ANALISIS HISTORICO DEL ROL ASISTENCIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Las técnicas metodológicas utilizadas en esta fase de la investigación son las correspondientes al método histórico: Revisión de documentos que presentan estudios estadísticos y analíticos, desde diferentes dimensiones, sobre la formación y desempeño del profesional de enfermería en el ejercicio del rol asistencial; entrevistas a personas de variadas generaciones que vivenciaron los hechos que caracterizan el desenvolvimiento histórico del rol asistencial.

La información recogida se organizó cronológicamente, se identificaron los elementos sociales, culturales, económicos, políticos, administrativos y académicos; se estudiaron las asociaciones entre estos factores, diferenciando su relación como condicionante o determinantes de la génesis y evolución de la problemática del rol asistencial del profesional de enfermería en Colombia; se elaboró finalmente un análisis secuencial de los hechos y sus consecuencias inmediatas y mediatas que, a juicio de las personas entrevistadas y de las investigadoras, son los que configuran dicha problemática.

La historia de las profesiones como la de los acontecimientos sociales, no brota por generación espontánea, ni se da como un hecho aislado y local o interno, sino que está afectada por influencias externas. Por esta razón, el presente análisis no se limita a una visión nacional, sino que tiene en cuenta el entorno internacional que más influyó en la orientación del rol asistencial del profesional de enfermería en Colombia.

Origen del rol asistencial

Inicialmente, según el modelo creado por Florence Nightingale, los Servicios de Enfermería tenían como centro básico de organización las "Unidades de Trabajo Hospitalario", conocidas comúnmente en nuestro medio como "pisos" o "servicios", para brindar cuidados de enfermería de calidad al paciente y para extender este servicio a la familia.

En esas Unidades, la enfermera tomaba decisiones frente a la situación clínica del paciente, y en esta forma, se fundamentaba su

razón de ser social como profesional, y se caracterizaba su perfil ocupacional por funciones complementarias a las del Médico, pero no intercambiables ni en su autoridad, ni en responsabilidad frente al cuidado del paciente y la familia.

Para Florence Nightingale, "las leyes de Enfermería son idénticas a las leyes de salud", por esto, en 1859 definió la meta de Enfermería: "Situación al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pueda actuar en él". Esta meta sirvió de referencia para definir como función esencial de la Enfermera, la de "Modificar el entorno del paciente, a fin de dejar actuar a la naturaleza"/1/.

En este entorno del paciente es donde se suscitan los estímulos que le generan necesidades. Y así como las necesidades del hombre van cambiando con los diferentes tiempos y según las circunstancias, la enfermera, impulsada siempre por el mismo deseo de servir, ha ido desarrollando más amplios intereses y funciones, acordes a las nuevas exigencias.

Esta circunstancia llevó a William Osler, en el siglo pasado, a llamar la atención sobre las múltiples y cada vez más extensas funciones de la Enfermera:

"La Enfermería como un arte que se cultiva, como una profesión que se ejerce, es moderna; pero la Enfermería ha existido siempre como una práctica originada en el remoto, pasado, cuando alguna madre entre los habitantes de las cavernas refrescaba la frente del niño enfermo con agua del arroyo o se aprestaba a dejar un puñado de trigo junto al hombre herido y abandonado en la precipitada fuga ante el enemigo"/2/.

El enfrentarse a una "profesión moderna", llevó a la generación de enfermeras de la década del 30, a aceptar el difícil reto de darle una definición a la enfermería. Hugh Cabot, en 1934 se refirió a las funciones que son comunes tanto a la Carrera de Medicina como a la de Enfermería y expresó: "la tendencia actual está orientada a hacer que las Enfermeras asuman cada vez más actividades médicas"/3/.

En concordancia con la posición de Cabot, la Asociación Americana de Enfermeras, definió la Enfermería Profesional como "una combinación de conocimientos intelectuales, actitudes y habilidades mentales basados en los principios de la medicina científica y adquiridos por medio de cursos regulares en una Escuela de Enfermería afiliada a un hospital, reconocidos por el Estado y practicados al mismo tiempo por la medicina curativa y preventiva por un individuo facultado por el Estado para hacerlo"/4/.

Las definiciones anteriores, aunque no diferencian totalmente la enfermería de la medicina, sí conservan el carácter de funciones asistenciales con las cuales tuvo origen como Profesión.

La necesidad de caracterizar la enfermería como profesión independiente, con conocimientos científicos propios que guíen la práctica, llevó a las Enfermeras Norteamericanas a constituir un Comité Nacional en 1947, el cual trabajó intensamente durante dos semanas para lograr una definición adecuada de la naturaleza de la profesión de enfermería. El fruto de los trabajos de este Comité se resume así:

“La Enfermera Profesional será aquella que reconozca y entienda las necesidades fundamentales de las personas, ya sea que estén sanas o enfermas y que, sepa la manera de subsanar dichas necesidades. Poseerá un acervo de conocimientos científicos de Enfermería basados en, y acordes con los adelantos científicos generales; conocimientos que será capaz de aplicar a fin de subsanar las necesidades de una persona y de una comunidad. Poseerá un juicio discriminativo que le capacitará para reconocer aquellas actividades que pertenecen al campo de la Enfermería Profesional y las que han sido identificados con otros grupos profesionales y no profesionales”/5/.

Este esfuerzo lo han continuado diversas enfermeras, quienes a través de sus trabajos de investigación han aportado variados conceptos sobre la naturaleza de enfermería, que le dan el marco de referencia a las funciones que debe desempeñar el profesional de enfermería, para “disminuir su dependencia histórica frente a las otras disciplinas de salud”/6/.

Presentamos algunos conceptos para ilustrar este hecho.

Hildegarde Peplau en 1952 definió la enfermería como “un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos y a la sociedad”. Le concede una gran importancia a las interferencias que pueden producirse cuando se persigue una meta: “comprender las causas y los efectos de la frustración, de la agresión y de la ansiedad es un aspecto muy importante de los cuidados de Enfermería. Ayudar al paciente a reajustar sus metas en función de sus posibilidades, a clarificar sus sentimientos y a comprender su propio comportamiento, son acciones de Enfermería encaminadas a promover la curación y la salud”/7/.

En 1955, Virginia Henderson definió como función esencial de la enfermera “ayudar a la persona, enferma o sana, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que ella realizaría por sí misma si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma tal que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible”/8/.

La definición dada por Virginia Henderson fue oficialmente acogida por el CIE y la OPS en 1961. Por este motivo, el entonces llamado "Comité de Servicios de Enfermería" del CIE, se propuso desarrollar más extensamente esta teoría analizando sus múltiples aplicaciones.

En las décadas del 60 y 70 las Enfermeras de los países desarrollados, especialmente en Estados Unidos, continuaban buscando una definición de enfermería que caracterizara sus funciones asistenciales independientes de las del médico, para lo cual profundizaban en algunos elementos dados en las primeras teorías de Enfermería; por ejemplo, Gertrudis Ujhely en 1962, analizó la teoría de Peplau, precisando como determinantes de la "relación Enfermera-Paciente", el aporte que dé cada uno de ellos y el contexto en que se desarrolla dicha relación. Johnson y Martin e Ida Jean Orlando completan este análisis, porque integran, amplían y profundizan el estudio de los elementos de la relación, desde una perspectiva del papel sociológico y de la dinámica que conllevan.

Faye Abdellah, Dorothy Johnson, Martha Roger y Sor Callista Roy, desarrollaron la teoría de Virginia Henderson, en lo relacionado con las "respuestas compensatorias y adaptativas" del paciente, las cuales son influenciadas por los factores de su entorno interno y externo cambiantes". Factores sobre los cuales debe intervenir el Profesional de Enfermería con el fin de apoyar o modificar el comportamiento del paciente (s.C. Roy) o de ayudarlo a restablecer su estado de equilibrio biológico-homeostasis, o equilibrio siquico-social, mecanismos de defensa (D. Johnson), mientras superan la situación de carencia y de dependencia.

En todas estas teorías se puede advertir que la función esencial de la enfermería Profesional es el "cuidado" o "ayuda" directa al paciente, a la familia y a la comunidad, apoyada en un proceso interpersonal; porque como dice H. Peplau, "siempre se había pedido a las Enfermeras que fueran compasivas y consoladoras mientras "cuidaban" a los pacientes; sin embargo, estos sentimientos no habían sido analizados"/9/.

Es importante destacar que el hecho de "cuidar" implica una *asistencia directa* a quien (es) recibe (n) ese cuidado; asistencia que exige una *relación interpersonal directa* entre quien da el cuidado y quien (es) lo recibe (n).

En razón de este hecho, tanto en los Estados Unidos de Norteamérica como en Colombia, hasta la década del 60 se le dio mucha importancia a la participación de la enfermera hospitalaria en la enseñanza de los estudiantes de enfermería. Una declaración muy importante apoya este criterio: "Todos los cuerpos docentes deben tener presente que al fin de cuentas, los estudiantes pueden aprender más de una buena enfermera, si ella se esfuerza en sacar ventaja de las oportunidades que se le presentan, que de cualquier otra instrucción clínica"/10/.

Situación de la enfermera profesional en Colombia

La enfermería profesional en Colombia, nace también con un enfoque hacia la asistencia directa, la cual se realizaba en el hogar o en instituciones de atención ambulatoria. En el "Manual de Enfermeras, Primer Curso, Nociones de Anatomía, Fisiología e Higiene" del Doctor José Ignacio Barberi, publicado en 1914, se planteaba la "necesidad sentida por todos de que exista alguien, siquiera medianamente ilustrado que pueda acompañar a un enfermo y que ayude a la familia a prodigar las atenciones que necesita el ser querido que sufre en nuestro hogar"/11/.

De ahí se derivó la denominación que en ese entonces llevaba un grupo de las primeras profesionales de enfermería colombianas: "Enfermeras Visitadoras".

Dos hechos son significativos en el desarrollo de nuestra historia profesional durante la primera mitad del presente siglo: uno el haber obtenido la "entrada y utilización" de este personal en los organismos hospitalarios, donde la atención de enfermería era de dominio exclusivo de las religiosas, en su gran mayoría preparadas en Europa y no profesionales de enfermería. Las enfermeras seculares, al sustituir las religiosas, asumieron las funciones administrativas de éstas en el manejo de las unidades de hospitalización y de las de apoyo. Posiblemente ésta sea una de las causas de que las enfermeras hayan desempeñado desde temprana época, funciones administrativas.

El segundo hecho lo constituye el paso de la formación del nivel profesional del ámbito hospitalario al universitario. Hecho que tomó mayor fuerza con la Ley 87 del 26 de Diciembre de 1946, con la cual se reglamentó por primera vez el ejercicio profesional de enfermería; en ella se exige la formación universitaria para el reconocimiento del nivel profesional. Esta situación obligó a los docentes de enfermería a sustentar la práctica con mayores conocimientos científicos.

La escuela de formación que más influyó en los programas académicos que se estructuraron en Colombia, fue la escuela europea, que a su vez, había tenido una marcada influencia en la enfermería candiense. Enfermeras candienses dirigieron la Escuela Nacional Superior de Enfermeras de la Universidad Nacional por diez años aproximadamente.

La escuela europea se ha caracterizado por tener un mayor componente técnico, un enfoque de la enfermería como profesión dependiente del médico y, por tanto, su fundamentación científica ha descansado en las ciencias biomédicas.

Sin embargo, es justo reconocer, que en Colombia de 1963 a 1972 hubo una facultad de enfermería, la de la Universidad Javeriana, que

orientó el currículo de las dos primeras promociones de Licenciadas en Enfermería, el estudio y búsqueda de un ejercicio profesional independiente de la práctica médica y basado, con igual importancia, en las ciencias biomédicas y en las del comportamiento individual y social; estos estudios tenían como elementos integradores del componente enfermería, los conceptos básicos de las teorías de enfermería señaladas anteriormente y que estaban en proceso de elaboración. La misma orientación se dio a los cursos de educación continuada sobre "Liderazgo en Enfermería" y a las publicaciones de esa facultad. Este hecho se explica, porque de 1963 a 1968 la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana, tuvo como decana a una enfermera norteamericana, Sister Mary Lea Shulte, Máster en Educación de Enfermería, influida por las orientaciones e identificada con la problemática de enfermería de su país, como se ha descrito en la primera parte de este artículo. Lamentablemente, esta facultad, en lugar de complementar el currículo con la enseñanza-aprendizaje de los procedimientos técnicos que le faltaban, decidió abandonar el trabajo iniciado por Sister Lea y cambió su orientación.

Esto aclara, en gran parte, por qué la enfermería profesional de Colombia no ha contribuido a la formación de un cuerpo de conocimientos teóricos específicos de enfermería, que sustenten la práctica y la muestren como una profesión con identidad propia, distinta de una función auxiliar de la práctica médica.

El sector docente tiene mucha responsabilidad en la definición del perfil ocupacional de los profesionales al prepararlos para el desempeño de determinados roles. El enfoque dado por las facultades y escuelas de enfermería, al centrar la práctica en la realización de procedimientos técnicos, orientados al cumplimiento de "órdenes médicas", sumados a otros factores, tales como la escasez de profesionales de enfermería, la "trabajomanía" en éstos, las desviaciones en la utilización del profesional de enfermería, configuran la problemática de la pérdida del rol asistencial, basado en un cuerpo de conocimientos específicos de enfermería.

Miremos brevemente cómo se han presentado estos factores en nuestro país.

1. *Escasez de Profesionales de enfermería.*

La escasez de profesionales de enfermería se encuentra reflejada, especialmente, en los estudios transversales sobre recursos humanos en salud, realizados en los años 1965 y 1972. Teniendo en cuenta que las situaciones sociales ni se generan, ni desaparecen súbitamente, lo mostrado en estos estudios transversales refleja igualmente la situación de los años anteriores, desde el punto de vista de la problemática, aunque haya algunas variaciones numéricas (Ver Tabla 1-1).

TABLA 1.1

ENFERMERAS ACTIVAS E INACTIVAS - CIUDADES
CAPITALES DE SECCION - TASAS POR 100.000 HABITANTES

(31 Dic. 1965)

Ciudades Capitales	TOTAL			ENFERMERAS			
	No.	Tasa	Relación Enf. Hab.	Activas		Inactivas	
				No.	Tasa	No.	Tasa
Medellín	296	35.1	1: 2.843	198	23.5	98	11.6
Barranquilla	56	10.6	1: 9.486	44	8.3	12	2.3
Cartagena	74	28.5	1: 3.508	55	21.2	19	7.3
Tunja	7	9.7	1: 10.343	6	8.3	1	1.4
Manizales	25	10.5	1: 9.448	24	10.1	1	1.4
Popayán	11	13.6	1: 7.382	9	11.1	2	2.5
Montería	3	2.2	1: 44.367	1	0.7	2	1.5
Bogotá	582	31.1	1: 3.209	456	24.4	126	6.7
Quibdó	2	4.5	1: 22.200	2	4.5	—	—
Neiva	11	11.5	1: 8.700	9	9.4	2	2.1
Riohacha	3	8.5	1: 11.733	3	8.5	—	—
Santa Marta	16	14.1	1: 7.125	15	13.2	1	0.9
Villavicencio	6	9.6	1: 10.367	5	8.0	1	1.6
Pasto	11	9.4	1: 10.645	6	5.1	5	4.3
Cúcuta	17	9.0	1: 11.141	16	8.5	1	0.5
Bucaramanga	23	9.2	1: 10.813	22	8.8	1	0.4
Ibagué	9	5.2	1: 19.233	8	4.6	1	0.6
Cali	167	24.0	1: 4.177	133	19.1	34	4.9
Intendencias y Comisarias (Cap.)	3	3.5	1: 28.533	3	3.5	—	—
Total capitales	1.322	22.5	1: 4.452	1.015	17.2	307	5.3
Resto del país	191	1.5	1: 16.440	162	1.3	29	0.2
Total general	1.513	8.2	1: 12.136	1.777	6.4	336	1.8

* La Enfermería en Colombia, Minsalud-ASCOFAME, 1970.

En 1965 sólo 1.177 enfermeras ejercían la profesión, lo cual indica en términos de oferta, la relación de 1 enfermera por cada 15.625 habitantes, equivalente a una tasa de 0.6 enfermeras por cada 10.000 habitantes. Si se tiene en cuenta que la norma mínima (Propuesta A) dada por la OMS en 1972, entre las "Propuestas alternativas de dotación de personal", es de 1.2 Enfermeras por 10.000 habitantes, Colombia sólo alcanzaba la mitad de la meta mínima.

En 1972, año en que se realiza el Macrodiagnóstico de Enfermería, se ve que en los primeros años de la década del 70, persiste la misma problemática de la década anterior, agravada por la alta tasa de crecimiento poblacional (3.2%), que convierte en inefectivo el incremento de la fuerza laboral.

TABLA 1-2

FUERZA LABORAL DE ENFERMERIA ACTIVA
COLOMBIA - 1972[†]

PERSONAL DE ENFERMERIA	NUMERO	%	RAZON % HABITANTES
Enfermeras			
Licenciadas	5 4 8	2.2	0.3
Enfermeras Generales	1 3 0 3	5.3	0.6
Subtotal	1 8 5 1	7.6	0.9
Personal Auxiliar			
Auxiliares	9 6 6 4	39.5	4.3
Ayudantes	1 1 5 2 3	47.0	5.1
Promotoras	1 4 4 2	5.9	0.6
Subtotal	2 2 6 2 9	92.4	10.0
TOTAL	* 2 4 6 2 9	100.0	10.9

Población de 1972 22.490.500

Razón Enfermera / Personal Auxiliar 1:13.2

* 396 del personal profesional son docentes.

+ Macrodiagnóstico de Enfermería, Minsalud, 1972

Comparando la fuerza laboral activa en 1965: 1.177 enfermeras (Tabla 1-1) co la de 1972: 1.851 enfermeras (Tabla 1-2), el aumento fue de 674 enfermeras, frente a una población que en estos siete años creció en 5'005.992 habitantes, con el consiguiente impacto en la relación Enfermera-Población; se produjo un cambio imperceptible de 0.6 enfermeras por 10.000 habitantes a 0.8%. Como el personal auxiliar forma el 92.4% del componente de enfermería, se daba la desproporcionada relación de una enfermera por cada 13 auxiliares (Tabla 1-2); la atención de enfermería era dada, en su mayor parte, por este personal (Tabla 1-3).

TABLA 1 - 3

TIEMPO PROMEDIO DE ENFERMERIA EN INSTITUCIONES CON CAMAS

COLOMBIA- 1972[†]

PERSONAL	TIEMPO
Enfermeras	8' 20"
Auxiliares de Enfermería	67' 19"
Ayudantes de Enfermería	84' 55"

† Macrodiagnóstico de Enfermería, Minsalud, 1972

Esta circunstancia nos introduce a otro aspecto del problema: las consecuencias en la práctica de Enfermería.

2. Desviaciones en la Utilización del Profesional de Enfermería

La incapacidad creada por el limitadísimo número de enfermeras para proporcionar directamente los servicios que demandaba la comunidad, en razón del volumen de éstos, de las metas programadas para ampliar la cobertura de atención a la población y, por ende, de la insuficiencia

para cubrir las actividades por unidad de tiempo definida, para los diferentes programas de atención hospitalaria y ambulatoria, estaba afectando el logro de las políticas y objetivos de los organismos asistenciales del sector salud y de los programas docentes universitarios y de auxiliares de enfermería.

Las medidas tomadas para solucionar la escasez de enfermeras se observan a través de la "utilización" que se hizo de ellas.

TABLA 1 - 4

UTILIZACION DE LAS ENFERMERAS

COLOMBIA - 1972 †

UTILIZACION ENFERMERAS EN	NUMERO	PORCENTAJE
Cargos directivos. Administrativos	1.390	75.6
Cuidado directo	20	1.1
Programas especiales Ambulatorios	36	1.9
Docencia	396	21.4

† Macrodiagnóstico de Enfermería, Minsalud, 1.972

Se concentraron las enfermeras en cargos administrativos con la función especial de supervisar al personal auxiliar; las enfermeras prácticamente abandonaron el campo del cuidado directo en la atención hospitalaria y ambulatoria, que le fue asignado a las auxiliares de enfermería, hecho que fue reforzado legalmente por el Ministerio de Salud a través de la delegación de funciones del médico a la auxiliar de enfermería.

Esta superposición de funciones creó confusión y dificultad para establecer una definición clara de funciones y para lograr una adecuada utilización del recurso profesional de enfermería de acuerdo a su preparación. Con el fin de llamar la atención sobre esta situación anómala, las enfermeras realizaron muchos estudios sobre "utilización del personal de enfermería"; a manera de ejemplo se citan algunos que caracterizan los diferentes años en que se efectuaron.

En 1966, Elizabeth Valencia, Liliana Villarraga y otras, iniciaron su estudio afirmando: "Mucho se ha escrito acerca de la necesidad de dedicar más tiempo a la atención de los enfermos, y se concede una importancia mayor a la responsabilidad de la Enfermera Jefe en los cuidados del paciente que, sólo ella, debido a su especial preparación, está en condiciones de ofrecer. Por eso, en los últimos años, se ha reconocido la importancia de liberar a la enfermera del exceso de actividades administrativas que ha ejecutado, dándosele oportunidad de realizar las actividades para las cuales se encuentra profesionalmente capacitada, es decir, para planear, dirigir, supervisar y valorar el cuidado de enfermería dado a los pacientes, y orientar, dirigir y evaluar al personal a su cargo.

La cantidad de funciones específicas realizadas por las enfermeras varía en cada institución. En algunos hospitales se delega a otro personal actividades que se consideraban funciones de la enfermera. Sin embargo, en muchos otros casos la enfermera tiene muchas responsabilidades no relacionadas con enfermería.

Estudios de las actividades de personal en Unidades de Enfermería en varios hospitales, indicaron que en promedio la enfermera, durante 8 horas de trabajo, estaba aproximadamente 4 minutos con cada paciente de su Unidad; incluyendo su contacto con los pacientes en sus visitas diarias con el personal médico y de enfermería. ¿Dan estos 4 minutos oportunidad a la enfermera para evaluar las necesidades físicas y emocionales de cada paciente e interpretar esas necesidades a otro personal?/12/".

Los resultados obtenidos en los tres hospitales, sujeto del estudio hecho por este grupo de enfermeras, son los siguientes:

1. En el área de administración se encontró que el máximo porcentaje correspondió a la comunicación con el personal médico y de otras profesiones para el cuidado del paciente y el mínimo a las actividades tendientes a proporcionar un cuidado integral y eficiente al paciente.
2. En el área de atención directa al paciente, la mayor parte de las actividades realizadas por la enfermera se refieren a comunicación con el paciente, sin estar dirigidas a prestar un cuidado integral.

3. En el área de secretaría, nos indica que el profesional de enfermería realiza una serie de actividades que podrían ser efectuadas por otro tipo de personal entrenado para tales fines. En este caso la enfermera dispondría de más tiempo para proporcionar un mejor cuidado de enfermería a los pacientes de su unidad.
4. Las Enfermeras en el turno de la mañana dedican sólo el 12% de sus actividades a la atención directa del paciente. El 49% a actividades de administración de la unidad y el 39% a actividades que no le pertenecen a la enfermería.
5. Se está haciendo una mala utilización de la enfermera a la que se recarga con muchas actividades administrativas y de secretaría"/13/.

En 1974, Lilia Amanda Patiño y Susana Quintero, presentan las características de las investigaciones sobre enfermería realizadas hasta 1973: son "de características predominantemente cuantitativas y sólomente con relación a este aspecto se ha planteado el problema del recurso humano de enfermería. Como se hacen presentes problemas tan agudos de escasez y distribución, se deduce, como consecuencia, que el aspecto de calidad, aún sin estudiar, tiene condiciones proporcionales de muy bajo nivel.

Muestran cómo, en todos los resultados de esos estudios, se mantiene la situación crítica encontrada en 1964, de que la atención directa de enfermería a la población, casi en su totalidad e indistintamente, es suministrada por personal auxiliar con o sin entrenamiento para las actividades que se realizan.

A la escasez de recursos de enfermería se suma el factor de la inadecuada distribución geográfica e institucional, con la consecuente baja de cobertura de atención de enfermería en vastas zonas del país, donde los problemas de salud tienen una prevalencia mayor en relación con los recursos de atención de salud existentes"/14/.

Resumen de los efectos de la inadecuada utilización del personal de enfermería capacitado, que se deducen de los diversos estudios hasta 1974:

- a. El desequilibrio entre la relación Enfermera-Auxiliar-Ayudante de enfermería no pone de manifiesto cómo debe constituirse el equipo de enfermería, ni la conformación piramidal en la estructura general del recurso: se le han asignado a la enfermería funciones administrativas que no le permiten dar cuidado directo al paciente y

éste, que es función esencial de la enfermera, se le ha confiado al auxiliar de enfermería; porque de ordinario en el equipo de enfermería no se cuenta sino con una enfermera.

- b. La ausencia de definición de funciones para el personal de enfermería de acuerdo a su preparación y la escasez de enfermeras afecta la calidad de los servicios y genera poca motivación para el personal calificado y la pérdida de las inversiones hechas en su capacitación.
- c. Se ha creado una incoherencia entre la utilización del recurso de enfermería y la naturaleza de las actividades y tareas de salud, y la prestación de servicios en los diferentes niveles de atención médica y con la delegación de funciones”.

Patino y Quintero concluyen la descripción de la realidad investigada en 1974:

- “a. El personal profesional de enfermería tiene asignado gran número de actividades propias de los departamentos generales e intermedios, tales como: supervisión de mantenimiento y aseo de ambientes; elaboración, transporte y distribución de materiales y equipos; toma de todas las muestras de laboratorio, transporte y distribución de resultados; control y almacenamiento de las drogas; información, control y distribución de dietas normales y especiales; transporte y control de linos. Como consecuencia, el tiempo utilizado en dichas tareas, debe restarse del tiempo indispensable para dar atención directa de enfermería al paciente, ayudarlo a solucionar sus necesidades pertinentes a la atención de enfermería.
- b. Los tiempos de enfermería, incluido el de los profesionales asignados por cama durante las 24 horas del día, por especialidades médicas, guardan poca relación con el número de camas de cada unidad. Las necesidades, de acuerdo al estado clínico del individuo y su grado de dependencia, determinado por la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que se requieren y se deben ofrecer individualmente al paciente, son criterios, que no se tienen en cuenta en la asignación del tiempo de enfermería.
- c. Los elementos administrativos considerados como básicos para orientar la ejecución y evaluación del cuidado de enfermería que se ofrece a los pacientes, tales como Manuales de Procedimientos Administrativos, definición de funciones, normas y procedimientos para la atención del paciente, no están actualizados o están incompletos; la situación se agrava porque el personal no los conoce ni los utiliza en su trabajo en más de la mitad de los establecimientos universitarios. En los hospitales, en donde no hay enfermeras, ni siquiera existen estos elementos administrativos de infraestructura del servicio de enfermería, situación que refleja la falta de

organización de los mismos, a partir de elementos básicos que den pautas para la atención mínima y segura que deben recibir los pacientes.

- d. Las actividades administrativas relacionadas con la dirección del cuidado de enfermería en las unidades, generalmente son responsabilidad de la Enfermera en el turno de la mañana, razón por la cual no se observa continuidad en la planeación y ejecución ordenada y sistemática de las actividades, para prestar los cuidados mínimos de enfermería al paciente. En los hospitales donde las auxiliares y ayudantes de enfermería están encargadas de la jefatura de la unidad, ocasionalmente éstas planean algunas actividades del cuidado al paciente; ésto ha acostumbrado a los médicos a asumir funciones propias de la enfermera y cuando el médico no se preocupa por ésto, el cuidado al paciente se vuelve de baja calidad. Esta situación se agrava por la falta de alguna forma de orientación y supervisión continua, que dicho personal debería recibir de la enfermera responsable de las acciones de Enfermería del sector hospitalario de cada área programática.

Las actividades del cuidado directo de enfermería al paciente, en la totalidad de los hospitales, son responsabilidad del personal auxiliar y de ayudantes de enfermería, durante las 24 horas del día, con la participación de la enfermera en ciertas actividades, en algunas unidades de los establecimientos universitarios y regionales. Se observa que la enfermera dedica gran parte de su tiempo a la supervisión de las acciones de enfermería que se ejecutan en la unidad.

- e. En los servicios especiales como salas de cirugía, recuperación, salas de parto y consulta externa, las actividades de atención de enfermería son responsabilidad del personal de auxiliares y ayudantes de enfermería, con muy pocas excepciones en los hospitales universitarios y regionales, B-A, donde la Enfermera las planea, dirige y supervisa"/15/.

En 1977, Diorgelina Muñoz y Gloria Inés Prieto concluyeron en su estudio "que la gran mayoría de las enfermeras, a pesar de estar preparadas académicamente y ser concientes de que el cuidado de enfermería es el servicio esencial que como profesionales deben prestar a la sociedad, en la práctica muchas veces, ofrecen esta función en forma rutinaria, casi intuitiva y sin planear. La falta de planeación se atribuye generalmente a la escasez de tiempo, al gran número de pacientes por enfermera, a lo complicado de su elaboración, a la falta de equipos y materiales y a otros factores"/16/.

En situaciones normales, el rol profesional es siempre una de las expresiones de la personalidad o forma de ser del individuo, y cuando ésto no ocurre, se produce la pérdida de la identidad profesional.

La presión social ejercida en los organismos de salud ha introducido distorsiones en la orientación del rol asistencial del profesional de enfermería, convirtiéndolo en la "cuña de todos los oficios" como dice Lidyan Hall. Esta distorsión en cortísimo tiempo ha ido generando un empobrecimiento de la personalidad, con el consecuente deterioro en el planeamiento de las funciones que caracterizan el rol asistencial.

Por otra parte, ninguna conducta o modalidad de trabajo del profesional de enfermería puede explicarse exhaustivamente a partir de las presiones a las que lo someten la institución a la que pertenece, porque dicha conducta también es una expresión de la propia personalidad, que se manifiesta débil, insegura, confusa en su identidad profesional e irresponsable con el paciente, con la comunidad, con la entidad empleadora y con la profesión.

La Trabajomanía

El desequilibrio creado en la relación oferta-demanda del recurso humano profesional de enfermería, por la escasez de enfermeras, se hace palpable en el alto número de vacantes que muestra la Tabla 1-5.

De los 753 cargos vacantes, 224 corresponden a enfermeras, lo que presenta un 40% del total de las vacantes.

Este hecho, sumado al bajo salario devengado por las enfermeras, dió origen al negativo suceso socio-laboral de la "trabajomanía" en la enfermera profesional, que condujo a que la enfermera aprovechara la disponibilidad de cargos para doblar su jornada, con el fin de aumentar en un 100% sus honorarios, al trabajar simultáneamente en dos organismos; algunas llegaron al extremo de hacerlo en tres.

Con el objeto de mostrar las nefastas consecuencias para el paciente, para los organismos empleadores, para las mismas enfermeras y para la profesión, Nelly Garzón hizo una reflexión al respecto: "En la práctica de Enfermería, la eficiencia del trabajo de las "enfermeras noctámbulas" se aprecia notoriamente deteriorada; no hay justificación que valga, pues la imagen de ineficiencia del profesional acarrea un desprestigio irreparable que afecta al grupo y estanca toda posibilidad de exigir una mejor remuneración por la excelencia del trabajo de sus practicantes.

Enfermeras con preparación académica superior, sorprenden por la pobreza de su trabajo. En lugar de sobresalir por su contribución en la adecuada toma de decisiones, con la creatividad e innovación de las prácticas, o con la acertada solución de problemas, muestran un alto grado de mediocridad, fruto del cansancio y embotamiento de sus facultades por el exceso de trabajo, o por la fatiga que resulta de la simple asistencia a largas jornadas de actividad rutinaria.

TABLA 1.5
**CARGOS VACANTES EN INSTITUCIONES OFICIALES Y
 MIXTAS E I.C.S.S. EN RELACION CON TASA POR 1.000
 HABITANTES COLOMBIA - 1972**

	Tasa por 1.000 hab.			Cargos vacantes			Total
	Enf.	Aux.	Ayud.	Enf.	Aux.	Ayud.	
Bogotá	0.18	1.08	0.51	123	0	17	140
Antioquia	0.10	0.62	0.58	16	45	2	63
Valle	0.09	0.35	0.71	20	60	70	150
Bolívar	0.05	0.20	0.44	8	6	13	27
Boyacá	0.03	0.25	0.30	5	39	5	49
Caldas	0.05	0.37	0.97	14	28	46	88
Santander	0.03	0.22	0.50	0	23	20	43
Magdalena	0.04	0.65	0.05	6	0	0	6
Norte De santander	0.04	0.16	0.49	5	2	5	12
Atlántico	0.03	0.17	0.29	6	3	0	9
Cundinamarca	0.02	0.36	0.44	6	5	3	14
Nariño	0.02	0.24	0.28	1	5	0	6
Risaralda	0.03	0.42	0.63	1	29	10	40
Tolima	0.02	0.27	0.51	0	3	4	7
Huila	0.03	0.33	0.27	0	7	0	7
Cauca	0.02	0.23	0.28	3	4	2	9
Quindío	0.03	0.99	0.73	2	30	0	32
Meta	0.03	0.33	0.66	0	0	0	0
Cesar	0.02	0.12	0.41	2	8	1	11
Córdoba	0.01	0.19	0.23	0	16	2	18
Chocó	0.02	0.04	0.66	2	1	5	8
Guajira	0.01	0.19	0.33	1	2	0	3
Sucre	0.01	0.05	0.35	1	6	1	8
Sub-total				222	322	206	750
Guainía	0.22	0.86	0.43	0	0	0	0
Vichada	0.10	0.88	0.30	1	0	0	1
San Andrés y Prov.	0.04	0.82	0.35	0	1	0	1
Putumayo	0.03	0.07	0.35	0	0	0	0
Caquetá	0.01	0.14	0.54	0	0	0	0
Arauca	0	0.06	0.98	1	0	0	1
Amazonas	0	0.73	0.43	0	0	0	0
Vaupés	0	0.39	0.12	0	0	0	0
Sub-total				2	1	0	3
TOTAL				224	323	206	753

* Macrodiagnóstico de Enfermería, Minsalud, 1972.

Cuando la cobertura se da a los servicios con “enfermeras bostezadoras”, no se obtiene ninguna meta de calidad en la atención de salud. Cuando la institución de salud se conforma con cubrir los turnos con “enfermeras dobladas”, hace la peor inversión; y cuando las enfermeras tratan de mejorar sus ingresos económicos trabajando uno o dos turnos extras, perpetúan la decadencia salarial con la pobreza o inutilidad de los servicios que producen.

Es evidente que el exceso de trabajo afecta en primer lugar la eficiencia en el trabajo, la seguridad de la vida humana y primordialmente la salud mental de la persona y su familia.

Los adictos a la trabajomanía ponen en peligro a las personas que reciben sus servicios; pecan por omisión, baja la producción y la calidad y su desprestigio personal con frecuencia afecta al grupo profesional”/17/.

La Ciencia Administrativa

Al finalizar la década del 50, paralelamente a los hechos que se han estudiado, los servicios hospitalarios recibieron el impacto del avance tecnológico en el campo de la medicina, del acelerado desarrollo de las especialidades clínicas, de la necesidad de expansión de los servicios e incremento de camas para dar una mayor cobertura a la creciente población; todo ésto hizo más compleja la administración de los servicios hospitalarios y exigió una modernización en la estructura y funcionamiento de los Servicios de Enfermería.

Como resultado de esta transformación, se adoptan nuevos métodos y técnicas en la administración de los servicios de enfermería; se integran los servicios ambulatorios y la administración hospitalaria; se reorganiza la atención en salud por especialidades clínicas con la orientación del cuidado progresivo; se introduce la ciencia administrativa en el dominio del conocimiento y su aplicación en las funciones de la enfermera, razón por la cual la asignatura “Administración de Servicios de Enfermería” ha sido una de las que diferencia el currículo al nivel de Licenciatura y de Técnico de Enfermería.

Al analizar la consideración hecha por Mauksch: “El hospital se enfrenta al hecho peculiar de que la única forma para que el paciente logre una pronta y verdadera recuperación es atenderlo como a una persona humana, en todas sus necesidades como ser biosíquicosocial” /18/, tomó fuerza la definición dada por María Teresa McDermit de lo que es un Servicio de Enfermería: “Es aquella parte de la organización sanitaria general que trata de satisfacer las necesidades de enfermería de la colectividad. El objeto principal del Servicio de Enfermería consiste en proporcionar el cuidado de enfermería necesario para la

prevención de las enfermedades y el fomento de la salud; y dar el cuidado de enfermería que necesita el paciente, en interés de su bienestar mental y físico a casusa de la enfermedad que sufre"/19/.

Este concepto adquiere mayor importancia, dentro de los sistemas administrativos de los grandes establecimientos de salud, "donde el paciente es involucrado en su vasto y complejo funcionamiento"/20/.

Levin agrega que "el fundamento filosófico y el propósito primordial de la profesión de enfermería, se refleja en la calidad de atención clínica al individuo. Por lo tanto, la primera responsabilidad de la educación en enfermería, es preparar enfermeras eficientes en la práctica clínica; y la principal responsabilidad en los servicios, es utilizar adecuadamente a estas enfermeras con orientación clínica, en alcanzar altos índices de calidad en la atención de enfermería"/21/.

Brown señala: "Es un hecho que el cuidado directo del paciente dado por enfermeras ha declinado agudamente durante las últimas décadas, sin presentar mejoría con el crecimiento del número de enfermeras en cada país. Esto puede obedecer a la implantación de nuevos sistemas, donde las posiciones de administración, supervisión y enseñanza ofrecen oportunidades de progreso y remuneración, en relación con las enfermeras asignadas a la atención directa del paciente"/22/.

De las observaciones, de los conocimientos obtenidos de la experiencia, del permanente contacto con la realidad, las autoras han identificado las siguientes desviaciones en la administración de los servicios de enfermería, que son comunes a todos los hospitales del país, especialmente a los del tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

- Aún se mantiene el patrón tradicional, iniciado aproximadamente en los años 40, que emplea a la enfermera en posiciones de jefatura, supervisión y capacitación de personal, con un ámbito de responsabilidad de tal extensión, que le impide beneficiar con su atención directa profesional a los grupos de la comunidad y a las personas.
- La ubicación y asignación de la función de jefatura y supervisión como característica esencial del desempeño profesional de la enfermera, en detrimento de la función única y específica que caracteriza a su servicio.
- La enfermera en ocasiones asume funciones que usualmente corresponden a otros profesionales y técnicos, con la consecuencia de tener que delegar las funciones que le son propias y la caracterizan, como es la asistencia directa al paciente, a personal de enfermería menos preparado.

- Falta la presencia y participación de la enfermera en la atención directa a la comunidad, en los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria.
- Una estructura vertical que concentra la autoridad y responsabilidad del manejo del personal de Enfermería en la Jefe del Departamento de Enfermería, en detrimento de la función de liderazgo y capacidad decisoria de la enfermera jefe de la unidad.
- La prioridad de la administración de personal y de recursos materiales con menoscabo de administración de la atención de enfermería.
- Desarticulación entre los servicios generales, los servicios de apoyo y el servicio de enfermería, con el consecuente impacto en la organización y calidad de la administración de la atención de enfermería.
- Dificultades por la resistencia y actitudes negativas que obstaculizan la integración de la administración de los servicios de enfermería ambulatorio y hospitalario.

Consecuencias

1. El rol asistencial que se ejerce a través del servicio único y específico que el profesional de enfermería ofrece a las personas y a la comunidad, debería caracterizarse así: Identificar e interpretar las respuestas fisiológicas, patológicas, compensatorias y adaptivas de las personas y grupos de la comunidad, con el fin de determinar la ayuda que ellas necesitan para adaptarse o superar las carencias, incapacidades y limitaciones que afectan su bienestar físico, mental y social, mientras pueden llevarlas a cabo por sí solos; esta ayuda que constituye la intervención de enfermería y que se concreta en el cuidado o asistencia directa a las personas y a los grupos de la comunidad, es la que ha sufrido todo el impacto de un enfoque en la formación de profesionales de enfermería basado esencialmente en las ciencias biomédicas y en un componente técnico orientado al cumplimiento de órdenes médicas; efecto agravado por la escasez de enfermeras, la trabajomanía en ellas, la reducción de la administración de los servicios de enfermería y por contraste se aumentó la supervisión de personal no preparado y el control de los recursos materiales.

Como desapareció por "Sustracción de materia" el rol asistencial del profesional de enfermería, el Ministerio de Salud, al definir las políticas sobre recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud, sustituyó la presencia y la calidad de los servicios del profesional de enfermería y dio vida legal a profesiones o carreras técnicas; impulsó la proliferación de estas carreras que asumieron funciones que inicialmente desempeñó la

enfermera; es el caso de las terapias, nutrición y otras; inicialmente la auxiliar de enfermería, con estudios de primaria y uno o máximo dos años de formación posterior, asumió la atención directa del paciente, así se deformó la imagen del profesional de enfermería; el Ministerio de Salud aumentó desmesuradamente el número de escuelas para auxiliares de enfermería; este personal debería haberse desplazado a las poblaciones pequeñas; áreas marginadas y rurales; en lugar de este creó un nuevo elemento en el equipo de enfermería: "La Promotora", con un nivel inferior de preparación, para atender unas áreas desprotegidas y sin embargo, con graves riesgos para la salud. En 1977 por ejemplo, los empleos en el Sistema Nacional de Salud para atención a las personas, se distribuyeron así: profesionales de enfermería el 7% (2.928), auxiliares y ayudantes el 60% (14.556 auxiliares y 12.173 ayudantes); el 33% restante fue distribuido entre médicos (12.445) y odontólogos (2.731)/23/.

"Oficialmente" se ha desplazado al profesional de enfermería de sus funciones y se lo ha reemplazado por otro personal; esto se observa claramente en la estructura de utilización del recurso humano del Sistema Nacional de Salud: El profesional de enfermería aparece en la tercera escala del nivel local después de la promotora, la auxiliar y el médico. "La sociedad invierte en el profesional de enfermería los costosos recursos de una educación universitaria, pero paradójicamente el sector salud emplea más y asigna mayores responsabilidades a un personal menos capacitado, lo que representa un desperdicio profesional al ser un recurso humano excelente, mal utilizado, al no permitírsele la realización de todas las funciones propias para las cuales ha sido capacitado"/24/.

2. Al no practicarse el cuidado directo al paciente que, como esencia de la práctica profesional, le da su razón de ser social, por la cual enfermería subsiste como profesión, se genera un estancamiento y retroceso en el nivel científico y tecnológico.

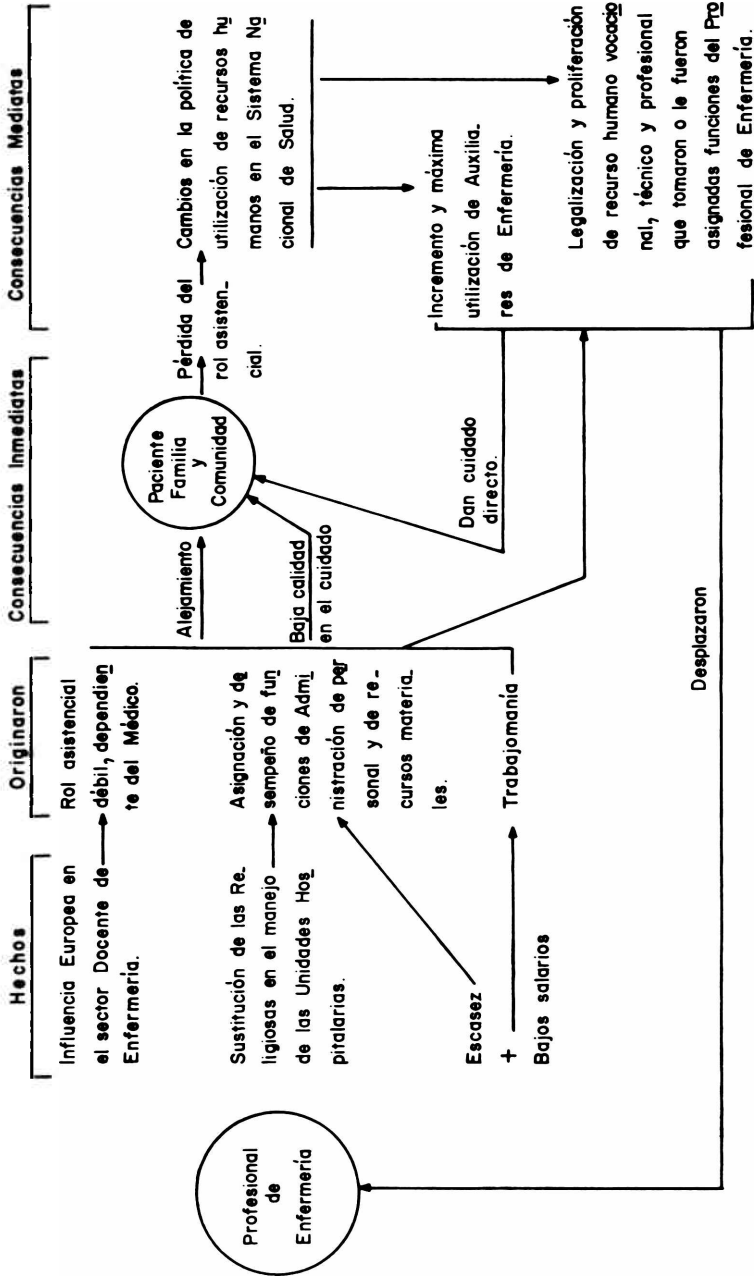
3. Los más perjudicados son los pacientes, la comunidad y los organismos de salud, porque en la mayoría de las instituciones, sólo se brinda una asistencia custodial que hace más prolongada y costosa la recuperación y el mantenimiento de la salud.

A continuación se presenta una síntesis del problema.

Se puede decir con certeza que, a partir de 1980, varias de las causas que originaron la pérdida del rol asistencial del profesional de enfermería, no subsisten.

- "En 1977, los egresos del sector educativo aumentaron en 12% la fuerza laboral de los profesionales de enfermería, mientras que el incremento de empleos en el Sistema Nacional de Salud, el mayor empleador, fue del 7%. Las proyecciones trazadas por la Dirección de

PROBLEMA RELACIONADO CON EL ROL ASISTENCIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, ORIGINADO EN EL PASADO



Recursos Humanos del Ministerio de Salud para 1984, a partir de 1978, indican que el incremento de profesionales de enfermería provenientes del sector educativo, en seis años, será del 74%/24/, mientras que la tendencia de crecimiento de la población ha sido decreciente: de una T.C. de 3.2% a 2.9%.

- Si en vez de nombrar un número crecido de auxiliares para dar atención directa al paciente se aumentara el presupuesto y se nombraran enfermeras para esta función, no se haría difícil a los profesionales de enfermería encontrar trabajo en ciudades como Bogotá, Medellín y Cali, evitando así su desempleo.

Si el comportamiento de la oferta ha cambiado radicalmente, ¿por qué se mantiene el mismo patrón de utilización del profesional de enfermería?

Teniendo en cuenta el estudio realizado, surgen varias inquietudes: ¿Cómo asegurar la supervivencia y desarrollo del nivel profesional de enfermería?

¿Qué cambios es necesario introducir en los servicios de enfermería de los organismos de salud para modificar el patrón de utilización del profesional de enfermería y poder llevar a éste a la práctica de su rol asistencial?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rosette, Poletti. *Cuidados de Enfermería Tendencias y Conceptos Actuales*. Barcelona: Ediciones Rol, 1980. p. 24.
2. Sir William Osler. *Aequanimitos and other Addresses*. Filadelfia: Blakiston Co. 1925, p. 163.
3. Hugh Cabot. "What is the Future of Nursing?". *Trained Nurse and Hospital Review*, (Marzo) 1934, N°. 92, 229.
4. Asociación Americana de Enfermeras. "Professional Nursing Defined" (editorial). *American Journal of Nursing*. (May) 1937, N°. 37, 518.
5. Esther Lucile Brown. *Nursing for the future*. New York: Russell Sage Fundation, 1948, pp. 73.
6. R. Poletti. Op. Cit., p. 9.
7. Ibid. pp. 25-37.
8. Virginia Henderson. *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería*. Washington: OPS-CIE, 1961. p. 6.
9. R. Poletti. Op. Cit., p. 25.

10. Mary Marvin. *The Hospital Head Nurse*. New York: Mac Millan Co, 1938. p. 310.
11. Citado por: Grace Morgan de M. "Un Vistazo al pasado de la Profesión". *ANEC*, (Octubre) 1974, N°. 13, 24.
12. Beatriz Mora y Liliana Villarraga. L. et al. *Actividades que Realizan las Enfermeras Jefes en el Turno de la Mañana en tres Instituciones Hospitalarias Seleccionadas en Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional, Facultad de Enfermería, 1966 (Tesis). pp. 1-10.
13. Ibid. pp. 34-36.
14. Lilia Amanda Patiño y Susana Quintero. *Actividades que Realiza el Personal de Enfermería en los Establecimientos Hospitalarios Oficiales y Mixtos, Seleccionados de los Niveles de Atención Médica en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional, Facultad de Enfermería, 1974 (Tesis). pp. 16-18.
15. Ibid. pp. 20-28.
16. Diorgelina Muñoz y Gloria I. Prieto. *Aplicación Experimental de un Instrumento Operativo Basado en Estándares de Calidad para el Planeamiento del Cuidado de Enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional, Facultad de Enfermería, 1977, (Tesis), p. 5.
17. Nelly Garzón. "La Tratajomanía en la Profesión de Enfermería". *ANEC*, (Septiembre-Diciembre) 1976, N°. 19, 7-8.
18. Han Mauksch. *Social Interaction and Patient Care*. Philadelphia: Skipper y Leonard, 1969, p. 13.
19. María Teresa Mc Dermitt. "Análisis Conceptual de la Enfermería". *Educación Médica y Salud*. Washington: OPS/OMS, 1973, Vol. 7, N°. 1, 10-11.
20. Lilia Patiño y Susana Quintero. Op. Cit., p. 36.
21. Myra Estrin Levine. *Introduction to Clinical Nursing*. Philadelphia Davis Company, 1969, p. 3.
22. Esther Lucile Brown. *Nursing Reconsidered. A Study of Change*. Philadelphia Lippincott Company, 1973, p. 28.
23. Germán Jiménez y Carlos Gross. et. al. *Diagnóstico de Recursos Humanos para la Salud en Colombia - 1977*. Bogotá: Ministerio de Salud Dirección de Recursos Humanos, 1979, p. 19.
24. Josefina Perdomo y Luz Marina Montoya. "La Enfermera Ostomóloga: Una Proyección a la Comunidad y una Propuesta de Ejercicio Independiente de Enfermería". Ponencia presentada en el 8°. Congreso Nacional de Enfermeras. Pasto, Mayo de 1980. p. 8.

